បុរពាន័ធសុខាភិបាល BON SECOURS

ពាក្យសសំ ុុំជុំនួយហិរញ្ញវត្ថុ កាលបរិច្ឆេទ រញ្ជូន ________

មន្ទីរពេទ្យ ____________________ គណនី # ____________________

នាមខ្លួនអ្នកជំងឺ ____________________ នាមត្រកូល ____________________ MI__________

SS#________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត __ ភេទ ____ ទូរស័ព្ទ #____________

អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ ____

និយោជក ____________________ ទូរស័ព្ទរបស់និយោជក ____________________

សមាជិកគ្រួសារ(សូមរាយនាមសមាជិកនិងកុមារអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ ឬដែលជាអ្នកនៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធរបស់អ្នក រួមនិងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

ត្រូវបំពេញក្រោម)៖

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
1.________	/ ________	4.________	/ ________
2.________	/ ________	5.________	/ ________
3.________	/ ________	6.________	/ ________

អ្នកអាចបញ្ជូនពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់

ក្រុមប្រឹក្សាជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Bon Secours - ប្រអប់ P.O.លេខ 742431 - Atlanta, GA 30374-2431

សូមភ្ជាប់ឯកសារទាំងអស់ពីបញ្ជីខាងក្រោម និងផ្តល់ព័ត៌មានដែលស្នើសុំ

អ្នកអាចនឹងត្រូវបានទាក់ទងដើម្បីសហការជាមួយនឹងភ្នាក់ងារ មុនពេលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានឬសហការជាមួយនឹងភ្នាក់ងាររបស់យើងក្នុងរយៈពេល 60ថ្ងៃ នោះពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកនឹងត្រូវបដិសេធ

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម	ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស សូមភ្ជាប់ឯកសារខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ ម្នាក់ៗដែលទទួលបាន
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលឬទេ? ☐ ចាស ☐ ទេ	សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងលិខិតប្រកាសពន្ធ ឆ្នាំមុន និងការបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល៖ លិខិតបង្ហាញប្រាក់ខែ ចំនួនពីរចុងក្រោយ ឬលិខិតពីនិយោជក
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកមានការងារធ្វើឬទេ? ☐ ចាស ☐ ទេ	លិខិតប្រាក់ខែ ឬលិខិតដែលមានហត្ថលេខាពីនិយោជក
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើទេ? ☐ ចាស ☐ ទេ	លិខិតផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ ឬលិខិតបដិសេធពីការិយាល័យការងារ
តើមានសមាជិកណាម្នាក់របស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬទេ? ☐ ចាស ☐ ទេ	លិខិតអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមឬរបាយការណ៍
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្តន៍ឬទេ?	លិខិតប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ឬរបាយការណ៍ធនាគារ ដែលបង្ហាញការដាក់ប្រាក់ចូលគណនីធនាគារ
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកទទួលបានអាហារូបត្ថម្ភ SNAP ឬទេ?	លិខិតអត្ថប្រយោជន៍ SNAP
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ ឬទេ?	ឯកសារតុលាការ ឬលិខិតពីនាយកដ្ឋានដែលផ្តល់ជំនួយ
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលពីការជួល ឬផលប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតឬទេ? ☐ ចាស ☐ ទេ	កិច្ចសន្យាជួល/ឯកសារដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀតឬទេ?	ភាគហ៊ុន សញ្ញាប័ណ្ណ មូលបត្របំណុល CD។ល។ សូមភ្ជាប់របាយការណ៍ចុងក្រោយ មួយ
តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកមានគណនីធនាគារ គណនីសន្សំ ឬគណនីផ្សេងៗ ឬទេ? ☐ ចាស ☐ ទេ	សូមភ្ជាប់របាយការណ៍ធនាគាររយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ សម្រាប់គណនីនីមួយៗ
ពុំមានប្រាក់ចំណូល ☐ ចាស ☐ ទេ	

Rev121918

ក្រណ ប្តូសុថររសអ្នក្រ្រណ ក្ថតាពមានឆណ្ណ ល អ្នក្ស្ូវខុយរគកលខដលផ្តល់អាហារ ទជប្អក
នុិងឆុំណាយប្រចុំថ្ងដល់អ្នក្នុតោះហក្លសលខា

ខុ្ុំសូមរញ្ជ ក់ថា ខុ្ុំ (ស្ម តោះ)________________________________(ទូរសពទសលខុ)________________________________

បាន្តល់អាហារ ទីជប្អក នុិងឆុំណាយប្រចុំថ្ងង ដល់អ្នក្ខមិង ដូឆមានាយនតាមខាងសលើ នុិង/ឬ ឆុំណ្ណ លឆុំនុួនុ $

____ប្រចុំ

ខខុ ជុំនុួយខដលផ្តល់ជូនុ៖____

អុនកុដុបកុំពតាកុ្យសស ុំតាមរយៈរ័ណណ VISA ប្តូ ផុត ់ជតាឯកុសុថរង តកុឆមង ៈនុបុគរ់ពត័កុ័មតា នុពតាកុ់ពត័នុន ឹងកតារជតានតារា៉ៃរ់រង ហរិញ្ញវត្ថុ នុិង/ឬអុនកុខរតុថមក ដូឆមតានូ្គល់ជូន្តាងសលើ សដើមបទី ទួលបតានុរ័ណណ VISA។

>>>រនុ<<<

BON SECOURS HEALTH SYSTEM

ពាក្យសសើន ុុំជុំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នាមប្តូុលអ្នកជំងឺ នាមខ្លួន________________________MI___________________

ការរាងក្តមហុល ទពយសកម្មផ្ទ ទ លំខ្លួនាល

ឆុំណូ លប្តូស្ថរប្រចុំឆ្នាំ ុំ ____________ CD (គិត្ថាស្លូឆំប្បាក់) ______________

ស្ថឆំប្បាក់ក្នុងធ្នង/ធនាគ្ករ/គណនីសន្សុំ _ ផ្ទោះស្ដួន កំសៅជាប្រចុំ (គិត្ថាស្លូឆំប្បាក់) ______________

ឆុំណាយជួលផ្ទោះប្រចុំខខ ____________ អ្នូលឡាពយដថ្វ (គិត្ថាស្លូឆំប្បាក់) ______________

ឆុំណាយរងំរលសំផ្ទោះប្រចុំខខ ____________ 401k (រិជាសាច់ក្សាក់) ______________

បាន្ទទួលការពាបាលសប្តារ់សសវាក្ចមសន្ទោះ សង្គួយសួរខត្សប្តោះថន កំជាយថាសហត្ុ?

យលំស្បូរ__________មិន្ទូលំស្បូរ_ ិជុំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

__________________(ក្មម ធិ

មិន្ទូវអ្នុវត្តគធុំសពាោះការពាបាលខដលទកំទងនឹងសប្តមោះថន កំការងារ ិ ិអ្នូាសងរ សប្តមោះថន កំថុធជន្ទ
ការរោះកាត់ខកុសមកសស ឬនឹត្តិវធិ សព ិ ត

ឬការពាបាលដថុទសទៀត ទទួលបាន្ទូា ងររៅរលើ រប្តធុំណាយថន ុំសពទយ រ ំ ន្ទិង
ខដលអ្នុក កំសណ្តុំ វ្តិ ស ការទទួលរងការឈឺ
ការខាត្តរងំដថុទសទៀត)។

សត្ើអ្នកាន្ការធានារ៉ាប់រងសុខ្ភាពឬសទ ❑ យលំស្បូរ❑ មិន្ទូលំស្បូរ (ប្រសិន្ទូរើយលំស្បូរ សូមផ្តលំព័ត៌មានខ្ទួមងូធខាងសប្តាម)

1. ស្ថោះអ្នកានារ៉ាប់រងរ់រង____________________ ស្ថ ោះអ្នកានំសក្ខលការណ៍______________________សក្ខលការណ៍ #___________________

2. ស្ថោះអ្នកានារ៉ាប់រងរ់រង____________________ ស្ថ ោះអ្នកានំសក្ខលការណ៍______________________សក្ខលការណ៍ #___________________

អាសុស័យសហត្ុសន្ទោះ ុុំBon Secours Health System Inc. ក្តំប្តាទុក្ខាលាយលក្ខណ៍
ខ្ុុុំសូមសសើន អ្នុសរអុំពីសិទធិទទួលបានជុំនួយហិរញ្ញ
វត្ថុររសខ្ុុុំ។ ខ្ុុុំព្យាន្ទយលំថា ករណី ខដលព័ត៌មានខដលខ្ុុុំព្យាន្ទុបកំសន្ទោះ ប្តូវបានរកស ើញថាមិន្ទូឹមប្តូវសនាោះ
ការដុបកំពាក្យររសខ្ុុុំនឹងប្តូវបាន
រដិសសធ ិធថសលើរាលំធុំណាយសសវាក្ចមទុំងអ្នសំខដលខ្ុុុំព្យាន្ទទួល។ ខ្ុុុំសូមរព្ធោ កំថា
សហើយខ្ុុុំនឹងជារំក ព័ត៌មានខាងសលើពិត្ថាប្តូឹមប្តូវ
ាត្ពាក្
ប្តរំប្តូនំ ន្ទិងពិត្ថាក្តកាមខដលខ្ុុំព្យាន្ទដឹង។ ខ្ុុុំទទួលស្គា លំថា
ការសហការជាមួយនឹងផ្តូកូខដលប្តូវបានប្រគលំសិទធិដាលក្ខខណ្ឌ ត្បូវ
សបុមារំពិចារណាក្នុន រក្ជុំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។
ងការខសង

មត្ិសោរលំរខន្ទថម

____

____

____

____

____

____

____

____

ហត្ថសលខាភាគីទទួលខុសប្តូវ៖____កាលររសិ ឆោទ៖________________

Bon Secours Health System Inc.សូមរក្សាសិទធិក្នុងការខក្សប្តូវព័ត៌មានខដលរា

យកាារណ៍ សៅកុនងពាកុយសសើន

ុុំជុំនួយហិរញ្ញវតុថ
អ្នុវត្តសក្ខមភាព

ការងារសដើមបីរ្ជាជ កុំពិភាពប្ដ្ីមប្ដូវថ្មុឆុំណូ លទ្ធន លុំរសុំរុគគលឬភាពខ្វោះខាតុំរសុំរុគគល សង្គមយរកុាការសមាង កុំរុំផុតុ នុិងមិនុអាចទិញសញញា

របាយការណ៍ លយ័ឥណទនុ ខដលអាចជោះឥទិពលអាប្ដុុំសៅសលើការសមាង
ពីសុំណាកុំភានា កុំងារការរ៉ា កុំររសុំអ្នក្ខកុំពាកុយសសើនសុុំសឡើយ។

ប្រសិនររើអ្នក្នាឡ្ជុវកាារជុំនួយរខនុថម
សូមមកជួរជាមួយនឹងអនុក្សរើកាហិរញ្ញវតុថ ររសុំអ្នក
ឬទូរសពទមកកាន់នាយកដ្ឋា ន្រសបុមើអ្នកិងិជនររស់សយើង។

សៅទីតាុំងមនុីទរសពទយ Bon Secours
ខដលសៅកុនងតុំរនុំ

កុនងសុសុក រជម៉ែុនុ 804-521-9300

Hampton ផុលូវ 757-215-2777 កុ

កាលពិថ្ងចន្ទ - ថ្ងសុក្ក សរលាសមា៉ែង 8:30 នុិង 1:30 pm-4:00pm am-12:30pm